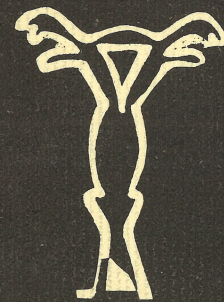
1

I tumori come prodotto dell'ambiente in cui l'uomo vive e lavora
Le cause probabili e la prevenzione possibile

I tumori femminili

Dott. A. Donzelli



pps Edizioni di Cultura Popolare

Hanno collaborato al presente lavoro i seguenti membri del Gruppo Prevenzione Tumori dei lavoratori dell'Azienda Elettrica Municipale di Milano:

Bontempi Francesca
Fiori Adele
Luisi Nino
Malinverni Guido
Olivari Adriana
Rusconi GianEmilio
Tommasini Ettore

Battigelli Elena, studentessa in medicina
Venturelli Rinaldo, studente in biologia

f. Dorrie Martinoli

I tumori come prodotto dell'ambiente in cui l'uomo vive e lavora
Le cause probabili e la prevenzione possibile

I tumori femminili

Dott. A. Donzelli

Edizioni di Cultura Popolare

pps

PREFAZIONE

i tumori non sono "la maledizione del secolo", "un male oscuro " che colpisce in modo indiscriminato e fatale, ma una malattia degenerativa che ha origine dalle cattive condizioni di vita e di lavoro della popolazione, o che comunque vi è strettamente legata. Questa è l'unica seria ipotesi che possiamo formulare sulla scorta di quasi tutti i dati oggi disponibili.

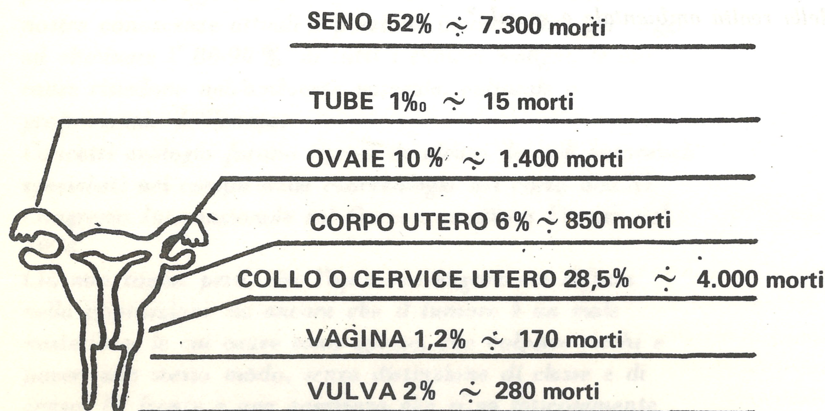
Così esordiva un volantino degli studenti di Medicina di Milano, invitando a un seminario popolare sui tumori nel maggio del 1971.
L'ipotesi di lavoro di questa collana è bene riassunta in quelle parole. Quattro anni fa quelle affermazioni sembravano a molti estremistiche e velleitarie. Ma non lo erano poi tanto, se R. J. C. Harris, dell'Imperial Cancer Research Fund di Londra, poteva nello stesso anno concludere una importante pubblicazione affermando: "E' certo.....che sulla base delle nostre conoscenze attuali è possibile incominciare già oggi ad eliminare l' 80-90 % di tutti i tumori maligni, le cui cause risiedono nell'ambiente naturale, culturale o professionale dell'uomo.
Concetti analoghi furono ripresi da alcuni dei più autorevoli specialisti nel campo della cancerologia nel corso dell'XI Congresso Internazionale sul Cancro, tenuto a Firenze nel 1974.
Ciò non toglie, però, che l'opinione largamente diffusa nella popolazione sia ancora che il tumore è un male misterioso, le cui cause sono ignote, che colpisce ricchi e poveri allo stesso modo, senza distinzione di classe e di censo. Di fronte a una coscienza che si va faticosamente facendo strada – tra tante mistificazioni e menzogne interessate – che le cause dei tumori vanno ricercate nell'ambiente, e dunque, dove la gente vive e lavora, il potere tenta allora di far passare l'aumento dei tumori (come delle malattie degenerative in genere) come un prezzo inevitabile che deve essere pagato al progresso e al benessere. Si è avuta la sfrontatezza di chiamarle malattie della civiltà!
Lo scopo di questa collana è di dimostrare la falsità di tali affermazioni.E' svelare le cause sociali dei tumori. E' smascherare le gravissime responsabilità di un sistema sociale che regola lo sviluppo industriale, l'organizzazione del lavoro e della società secondo la logica del profitto, aggravando anzichè migliorare le condizioni di salute e benessere della popolazione.
Per far questo non faremo che rendere di dominio pubblico parte di quelle conoscenze che per anni – talora per decenni – sono state geloso patrimonio di una ristretta schiera di "addetti ai lavori". Vogliamo che la conoscenza delle cause dei tumori e dei modi per prevenirli – che non sono mai questioni puramente tecniche, ma, come vedremo, dipendono sempre da scelte politiche – diventi patrimonio di tutta la popolazione. Chi, infatti, più di coloro che ogni giorno rischiano e pagano con la propria salute e con la propria vita, deve essere interessato a impadronirsi di queste conoscenze e farsene strumento per una trasformazione della realtà ambientale e sociale?

I tumori femminili

Il tumore al collo dell' utero

I tumori specificamente femminili (apparato genitale della donna e mammelle) rappresentano circa il 30% della mortalità per tumori nelle donne del nostro paese. Secondo una buona stima (i dati precisi per il '74 non sono ancora stati pubblicati), hanno portato a morte l'anno scorso più di 14.000 donne, e la mortalità è complessivamente in aumento. Sempre secondo una stima che interpola gli ultimi dati disponibili (ISTAT dati 1971 e 1973), anch'essi imprecisi (le diagnosi di morte sono spesso sommarie), si può ritenere che la mortalità per tumori femminili nel '74 si sia distribuita come indicato in fig. 1.

Fig. 1 - distribuzione per organi e apparati delle 14.100 morti per tumori femminili nel '74 in Italia.



Questo opuscolo si limiterà ad affrontare il problema della prevenzione e diagnosi precoce dei *tumori al collo (o cervice) dell'utero.*
Questo tumore è particolarmente grave, perchè colpisce prevalentemente donne nella loro piena maturità, dai 25 anni in poi, con il massimo dell'incidenza tra i 40 e i 50 anni, per poi diminuire. Nell'ultimo decennio la mortalità per cancro uterino nel nostro paese è significativamente diminuita, dai circa 4.500 casi del '63 ai 4.000 circa del '74. E' probabile che buona parte del merito di ciò sia da attribuirsi alla diagnosi precoce (particolarmente tramite screening di massa con il Pap-test), anche se voci più che autorevoli si sono ripetutamente levate contro questa sbandierata certezza[1]. Ma anche non volendo togliere alla dignosi precoce la sua grande importanza, non si può negare che sarebbe assai più importante che questi tumori non si manifestassero affatto, il che sarebbe perfettamente possibile sulla base delle conoscenze scientifiche – nemmeno tanto recenti – sulle cause di questi tumori. Vediamo dunque di considerare analiticamente queste cause.
In un primo tempo, in omaggio al costume imperante in gran parte del mondo scientifico, solidale con gli interessi delle classi sociali dominanti e del "loro" sistema sociale, si parlò di "fattori razziali". Si era infatti visto che nella razza negra questo tumore era molto frequente, meno frequente invece per le popolazioni di razza bianca. Ma altre "razze" sono particolarmente colpite da questo tumore: i più colpiti al mondo – guarda caso – sono i portoricani di New York, mentre assai meno colpiti sono gli americani di razza bianca della stessa città; a Johannesburg pure c'è un'altissima incidenza di questi tumori – guarda caso tra gli africani; alle Hawaii anche, ma naturalmente tra gli hawaiani e non tra i bianchi. Tra i bianchi, poi, l'incidenza è molto bassa ad esempio nel Nord Europa, non così nel nostro meridione. Per finire, è un tumore tipicamente frequente tra gli emigrati, a qualunque nazionalità appartengano. Appare allora sempre più chiaro, via via che vengono considerati questi dati, che la razza delle persone che sono "predisposte" a questo tumore è la razza dei poveri, degli sfruttati, degli emarginati.
A riprova di ciò, una vasta indagine epidemiologica condotta in Inghilterra suddividendo la popolazione in 5 gruppi in base al reddito, evidenziò che i tumori

NOTE

1. Vedi Mc. Keown ed E. G. Knox dell'università di Birmingham che, con riconosciuta autorità e con riferimento a dati di fatto, affermano che non è dimostrato un calo del cancro uterino clinico in relazione ai noti screenings; e il prof. Maccacaro, direttore dell'Istituto di Statistica Medica e Biometria dell'Università di Milano, in alcune interessanti pubblicazioni.



al collo dell'utero crescevano (insieme a quasi tutti gli altri, salvo quelli della mammella e le leucemie) man mano che si andava verso gli strati di popolazione a reddito più basso, fino allo strato inferiore dove la loro preminenza diventava schiacciante. Altre indagini si aggiunsero a confermare queste conclusioni. Ne ricorderemo soltanto due:

a) Quella di Lundin del 1965 da cui risulta – dividendo la popolazione femminile in 5 gruppi in base al reddito – che le donne bianche statunitensi che appartengono allo strato di popolazione a reddito più basso hanno probabilità di ammalare di cancro al collo uterino due volte e mezzo maggiori di quelle a reddito più elevato.

I risultati sono ancora più impressionanti per quanto riguarda le donne negre: qui nell'arco del decennio 1953-1962 la probabilità di ammalare delle donne meno abbienti è quattro volte e mezzo maggiore rispetto a quelle (poche) collocate nello strato a reddito più elevato; se poi ci si riferisce solo al triennio '53-'55 le probabilità di contrarre la malattia diventano sette volte e mezzo maggiori nello strato più povero (a proposito della "predisposizione razziale" dei negri!).

b) Quella di Kitagawa, del 1973, di cui riportiamo sinteticamente i risultati nella

Tab. 1 - Differenze di mortalità per tumori maligni in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione di Chicago (1950) e in rapporto alla scolarità di tutta la popolazione statunitense (1960), ponendo la mortalità media uguale a 100.

Tumori maligni inclusi i linfomi e quelli dei tessuti ematopoietici	Mortalità in Chicago (1950) in rapporto al gruppo socio-economico di appartenenza					Mortalità in USA (1960) in rapporto agli anni di scuola frequentati			
	I (basso)	II	III	IV	V (alto)	meno di 8 anni	8 anni	1-4 anni di scuola superiore	1 o più anni di College (Università)
Maschi bianchi dai 25 ai 64 anni	127	119	91	84	75	109	112	94	83
Femmine bianche dai 25 ai 64 anni	115	102	99	91	97	113	105	94	92

tabella sopra indicata.

Prima di arrendersi all'evidenza e denunciare le cattive condizioni di vita, ed in particolare di igiene genitale, come causa di tali tumori, alcuni scienziati hanno battuto un'altra strada, partendo da uno studio di Gragnon su 3.200 suore di vari ordini, seguite per 20 anni, senza riscontrare un solo caso di cancro della cervice uterina. Questo reperto è stato confermato, con rarissime eccezioni, in altri studi su suore, ed è in accordo: a) con la bassa frequenza del cancro della cervice in donne non sposate e in membri di sette puritane; b) con il fatto che tale tumore, prerogativa delle donne che hanno avuto rapporti sessuali (è pressochè assente nelle vergini), intervenga tanto più precocemente quanto più precoci sono stati questi rapporti e quanti più partners la donna abbia conosciuto. Agli oscurantisti di ogni risma non parve vero di denunciare nel rapporto sessuale il fattore diabolico capace di perdere con l'anima anche il corpo, o meglio il collo (dell'utero).
Naturalmente le cose non stanno così: è solo *nel rapporto sessuale in cattive*

condizioni di igiene (specie maschile!) che insorge il cancro nella donna. A conferma di ciò consideriamo un altro dato: le donne ebree sono molto raramente colpite da tumori del collo uterino. Sempre per "fattori razziali", secondo qualche solerte "uomo di scienza", dimentico del fatto che le comunità israelitiche sono composte da gruppi etnici diversissimi. Quindi il fattore unificante va cercato altrove, e precisamente nella circoncisione che comporta l'assenza di ristagno dello smegma sul pene maschile[2]. Lo smegma, costituito da cellule della pelle desquamate e da secrezione delle ghiandole sebacee, ha un'azione cancerogena sperimentalmente dimostrata (cancri nel topo riprodotti utilizzando smegma umano), forse perchè contenente acidi grassi, indolo, scatolo, strutturalmente simili a cancerogeni noti [3]; o forse perchè terreno di coltura per virus come l'Herpes genitalis; o forse ancora perchè i nitriti presenti nello smegma[4] possono essere trasformati dal Tricomonas o da altri germi infettanti i genitali maschili e femminili in nitrosamine, noti cancerogeni.
L'uomo, che per ragioni anatomiche ha accesso all'igiene intima più facilmente della donna, va molto meno soggetto al cancro genitale, anche se l'incidenza del cancro al pene nel mondo e nei vari gruppi sociali di uno stesso paese è inversamente proporzionale al livello socio-economico delle popolazioni. Così in Giamaica vi sono tassi cento volte maggiori rispetto ad Israele; nel Siam, nel Tonchino, a Giava il cancro del pene rappresenta il 18-19 per cento di tutti i tumori. In India è molto più frequente tra gli indù (classi inferiori) e raro tra i Parsi (di classe sociale superiore e scrupolosamente puliti), e complessivamente è il tumore più frequente negli uomini [5] dopo quello della bocca-faringe[6].

NOTE

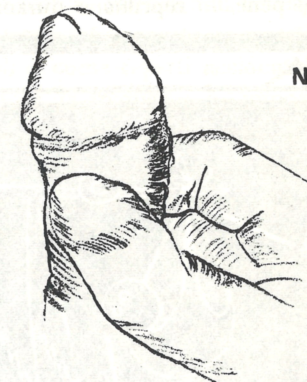
2. Alcune statistiche hanno negato l'estrema rarità del cancro del collo uterino nelle donne ebree, ma non hanno resistito al vaglio di una critica accurata (Chiricutà), finendo anzi per riprovare quello che volevano confutare. Infatti la maggior parte delle donne ebree con cancro al collo dell'utero o sono risultate sposate con uomini non circoncisi, o risulta che abbiano avuto rapporti sessuali con tali uomini.

3. E' stata anche chiamata in causa, a questo proposito, la cuticola lipoproteica del bacillo dello smegma.

4. O i nitrati in condizioni riducenti.

5. Per inciso, le pessime condizioni igieniche vigenti in India – unitamente ad altri fattori minori che saranno in seguito ricordati – fanno sì che tra le donne indù il 65 per cento di tutti i tumori sia rappresentato da tumori delle vie genitali femminili.

Tra le popolazioni musulmane, che sì praticano ritualmente la circoncisione, ma tra il terzo e quattordicesimo anno di vita, a differenza degli ebrei che la eseguono in età neonatale, si hanno incidenze di cancri del pene e del collo uterino nettamente più basse rispetto alle altre popolazioni (a parità di condizioni socio-economiche), ma leggermente più alte rispetto agli ebrei. Per l'Europa il tasso di frequenza è sceso negli ultimi decenni dal 5 per cento all'1 per cento di tutti i tumori maschili, parallelamente al miglioramento delle condizioni igienico-sociali. In Italia siamo leggermente superiori alla media europea, con incidenza però altissima negli individui con fimosi (restringimento congenito dell'orificio della pelle - prepuzio - che ricopre la testa – glande – del pene; di conseguenza questo non può mai essere scoperto e quindi ripulito completamente), con condilomi acuminati (creste di gallo), o – in minor misura – malattie veneree non opportunamente curate.
Il problema non è dunque quello di circoncidere tutti i neonati (come da autorevoli proposte di molti autori che valutano di ottenere in tal modo un crollo dell'80 per cento nell'incidenza dei tumori del collo uterino, nonchè di quelli del pene e probabilmente della prostata),



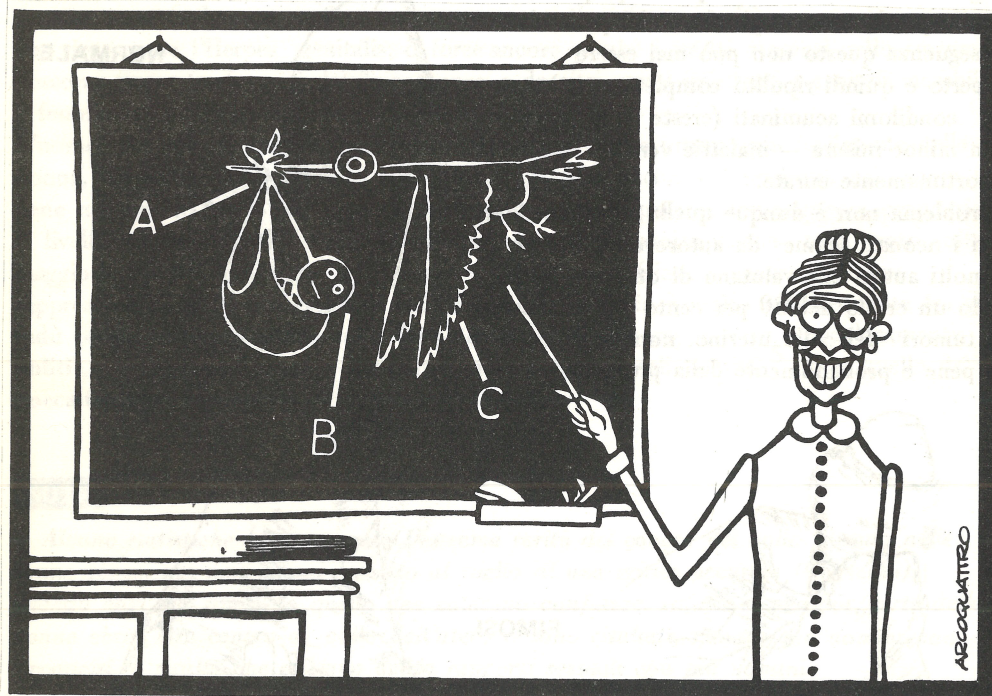




NOTE

6. Causato, oltre che dalla cattiva igiene orale e dalla mancanza di assistenza odontoiatrica, dall'abitudine nazionale di masticare una mistura di tabacco e betel, capace con la sua azione stupefacente di calmare i morsi della fame, ma anche alla lunga cancerogena.

metodo piuttosto barbaro e non esente da alcuni inconvenienti, rispetto al quale una ben più valida alternativa può essere un'accurata igiene genitale. Questa va curata fondamentalmente prima del rapporto sessuale, ma anche in età infantile, come insegnano i musulmani in cui, anche se la circoncisione è attuata prima della pubertà, pure non si riesce ad ottenere la stessa protezione che si ha nelle donne ebree[7]. A questo proposito, con la repressione che è esistita ed ancora sussiste da noi in campo sessuale, è facile che i genitori non solo non insegnino ai bambini a lavarsi, ma anzi appena scorgono il figlioletto intento a toccarsi o masturbarsi il pene, lo reprimano duramente, e lo spaventino parlando di "cose



sporche", "brutte malattie" e simili. Cosicchè succede abbastanza frequentemente che la prima volta che si ha una erezione completa, magari a quindici anni, ci si accorge con stupore che alla retrazione della pelle che ricopre il pene la testa dello

NOTE

7. Ciò però potrebbe essere dovuto al fatto che una parte di queste circoncisioni male eseguite – risultano incomplete, talora addirittura con formazione di fimosi cicatriziali, le quali anzichè prevenire il ristagno di smegma possono favorirlo.

stesso è piena di smegma, che ristagna là da chissà quanti anni. E con il virus come la mettiamo? Non è forse vero che Sabin prima e Tarro ancora oggi sostengono essere questo e altri tumori in relazione con dei virus Herpes (genitalis e simplex)? Se avessero ragione loro, non crolla dunque quanto finora esposto? Non è forse il virus un agente naturale, politicamente neutrale, che colpisce tutti indiscriminatamente? Il grandissimo interesse mostrato dalla grande stampa di regime per l' "ipotesi virale", in confronto allo scarso rilievo dato alla provata cancerogenicità di moltissime sostanze chimiche inquinanti, è spiegato dalla comune associazione "virus-fatalità" nell'opinione pubblica media. Ma ciò non corrisponda affatto a verità! A parte il fatto che non è assolutamente provato se questi virus siano presenti in molti tumori come agenti causali o come reperti accidentali, dato e non concesso che siano corresponsabili del tumore, la frequenza e l'importanza delle infezioni (peraltro diffusissime), valutata con la presenza nel sangue di anticorpi contro tale virus, è tanto più alta quanto più è basso il livello socio-economico delle donne.

Dato che l'Herpes virus è eccezionale in uomini circoncisi, mentre si isola con frequenza dai genitali di donne poco curanti della pulizia e dallo smegma (Seppilli, 1970), è oltremodo chiaro che da qualunque parte si rigiri il problema, esso resta sempre legato all'igiene sessuale ed ai fattori economici e politico-sociali che la sottendono.
Anche il molto dibattuto ruolo dell' infezione sifilitica viene oggi negato come fattore concausale e tutt'al più la presenza di sifilide è considerata un indiretto indicatore di rischio, essendo in genere indice di basso livello socio-economico e di condizioni igieniche scadenti.
Viene infine da molte parti segnalata la gravidanza come fattore predisponente: tale cancro si manifesta più frequentemente in donne con molte gravidanze di quanto non accade in chi ne ha avute poche, e in queste è più frequente rispetto a chi non ha partorito affatto. Ciò è forse dovuto in parte a motivi ormonali: durante la gravidanza vengono prodotti ormoni progestinici in forte eccesso rispetto agli altri ormoni femminili, gli estrogeni, e il collo dell'utero (a differenza del corpo uterino e del seno) pare abbia un certo stimolo a cancerizzare in ambiente caratterizzato da un eccesso assoluto o relativo di progestinici (Remotti), in presenza di altre condizioni, ben s'intende[8].
Ma il motivo più valido sembra essere la frequenza di traumatismi ostetrici e lacerazioni a livello del corpo uterino, che spesso danno luogo ad ectropion[9]

NOTE

8. Non si può tuttavia non ricordare che lavori ben documentati, riportati da Chiricutà nella sua sintesi, giungono a conclusioni del tutto opposte. Partendo dalla considerazione – da altri non confermata – di un ritardo della menopausa nelle malate di cancro al collo

(fuoriuscita di parte del rivestimento interno – mucosa – della cavità dell'utero sulla superficie esterna del collo uterino, quella che guarda in vagina).[10]
Il rivestimento interno dell'utero è molto delicato, con un solo strato di cellule secernenti, non abituate (dato che la cavità dell'utero è praticamente sterile) a combattere contro l'aggressione dei microbi che abbondano invece nella vagina, dotata di un rivestimento interno più robusto. Se questo rivestimento uterino sconfina nella cavità vaginale, questa aggredita dai microbi dà perdite biancastre (lecorrea) o biancogiallastre e cerca di modificare la sua natura per diventare più resistente.
Purtroppo, una volta su dieci o poco più, specie se si aggiungono stati irritativi e infiammatori cronici legati ad una vita sessuale igienicamente scorretta, prende una strada sbagliata verso il cancro, a cui approda molti anni dopo. Dato che i tessuti tumorali hanno capacità di difesa ancora minori contro i microbi, rapidamente si infettano, ma la donna, abituata da anni alle perdite biancastre, può non dar peso al fatto che queste perdite diventano purulente e rischia così di perdere anche l'ultima occasione per diagnosticare il tumore per tempo.
Un altro segno di allarme, anche se non precoce, sarà dato dal sanguinamento, man mano che il tumore si approfonda invadendo tessuti e vasi sanguigni; bisogna fare attenzione soprattutto alle piccole perdite tra una mestruazione e l'altra o alle facili perdite sanguigne dopo i piccoli traumi da contatto sessuale.
Di regola però non si dovrà mai aspettare tanto (quando il tumore comincia a dare

NOTE

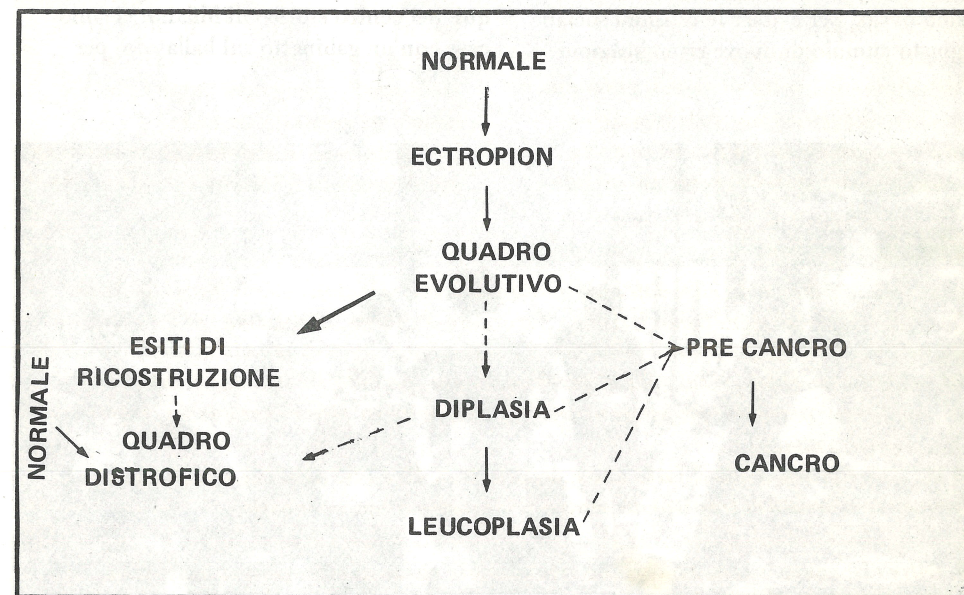
dell'utero, e insieme da altri dati epidemiologici e sperimentali, questi lavori mettono l'accento sugli estrogeni come fattore favorente il cancro, in relazione al loro eccesso relativo (rispetto ai progestinici) nel lento e travagliato periodo pre-menopausale. Cioè in tali malattie sarebbe prolungata la pre-menopausa, periodo di scombussolamento ormonale che potrebbe preparare il terreno all'azione di fattori traumatici, infettivi, o a cancerogeni chimici.
A parziale riprova si cita il fatto che è proprio tra i 40 e i 50 anni che con maggior frequenza si assiste al trapasso da cancro preinvasivo a cancro invasivo.

9. Oltre alle cause traumatiche, sono riconosciute causa di ectropion situazioni di disfunzione ormonale (ectropion gravidico-puerperale e della pre-menopausa) e talora cause infiammatorie, specie nella fase acuta dell'infezione da gonococco del canale cervicale.

10. La maggior frequenza di cancro al collo uterino legata a gravidanze estremamente precoci, potrebbe essere dovuta alla mancanza di maturità biologica del collo uterino e di tutti i genitali femminili, unitamente al "terremoto" di ormoni che verrebbe ad interferire con un delicato equilibrio ormonale ancora in formazione.

sintomi la sicurezza della guarigione non c'é più), ma la donna che nota abbondanti perdite bianche dovrà sempre rivolgersi ad un ginecologo per essere curata. E se il medico parlasse di "piaghetta" (in tal caso molto spesso si tratta di un ectropion) si riconosciute come cause dell'ectropion una componente infiammatoria o una disfunzione ormonale, andranno abbinate terapie mediche specifiche volte alla correzione dello stato causale.
A questo punto ci si potrebbe domandare

***** Schema che mostra come all'origine di un cancro ci sia regolarmente una banale lesione chiamata ectropion, curando tempestivamente la quale si impediscono tutte le successive evoluzioni.**



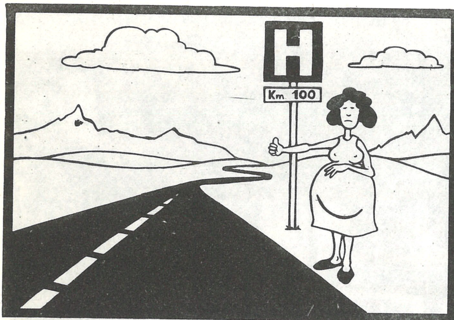
dovrà ricorrere a una piccola e quasi indolore operazione ambulatoriale: la diatermocoagulazione, che elimina qualunque rischio di tumore per il futuro e le fastidiose perdite e complicazioni per il presente. E' ovvio che qualora siano come mai da parte delle autorità sanitarie pubbliche, da parte degli Istituti dei Tumori (di Milano, Roma e Napoli) e da parte della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori non venga fatto nulla per avvertire la popolazione che questi tumori si possono

prevenire molto efficacemente, cioè *evitare*, non solo curare, o diagnosticare precocemente quando già ci sono. Basterebbe dire a tutti che lavandosi prima di fare l'amore e curandosi affezioni ginecologiche come l'ectropion il cancro non viene. Basterebbe parlarne per televisione, o alla radio, o scriverlo sui giornali, o dirlo a scuola.
Basterebbe dirlo alle donne che — profondendo miliardi — si convogliano a fare il Pap-test.
Il motivo per cui non lo si fa mi sembra persino ovvio: per evitare le tensioni sociali e il giusto cumulo di nuove rivendicazioni che seguirebbero a tali rivelazioni. Perchè se uno non si lava prima di fare l'amore non è necessariamente solo per mancanza di gusto alla pulizia, ma può essere che sia perchè il comune non ha acquedotto. Perchè vi sono regioni, nell'Italia naturalmente tanto ricca di acque, dove una politica di speculazioni e rapina delle risorse naturali e umane fa si che l'acqua si debba comprare come una merce di grande valore. Perchè troppe sono le abitazioni senza servizi igienici nè acqua corrente. Perchè — senza andare in Puglia — anche qui, nel centro storico di Milano, ci sono case con un gabinetto sul ballatoio per





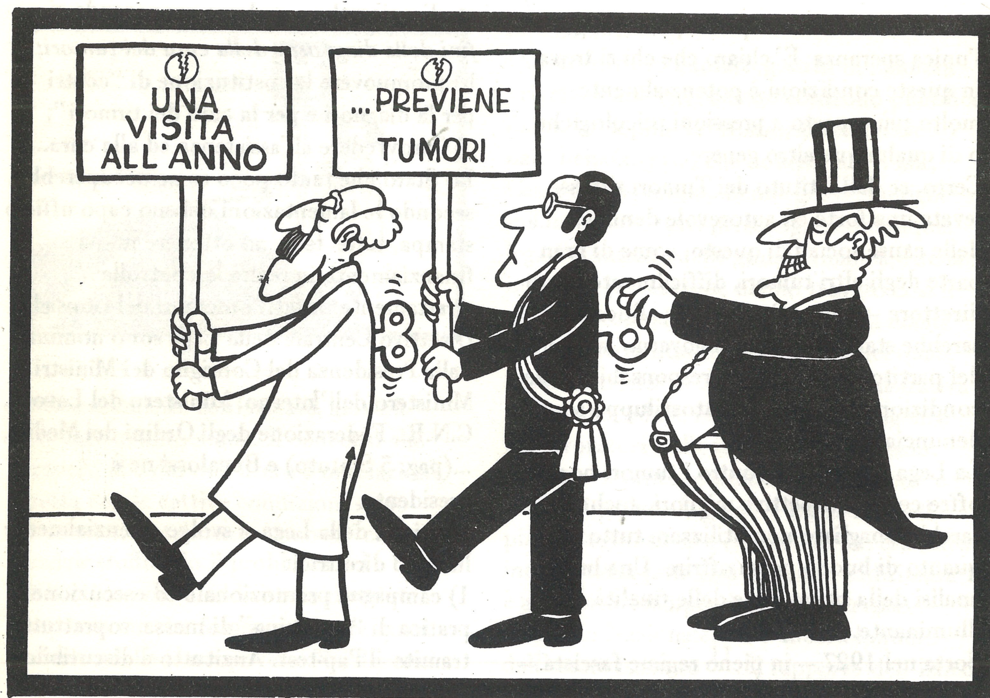
dieci famiglie, dove non è certo facile nè piacevole, magari d'inverno, andarsi a lavare prima di fare all'amore.
Per quanto riguarda l'ectropion, poi, è notorio che esso sarebbe molto meno frequente se l'assistenza al parto fosse migliore; ma è arduo parlare di qualificare l'assistenza ai parti, quando nel meridione più del 40 per cento dei parti non avviene neanche in ospedale.
In tal caso è frequente che rotture o lacerazioni del collo uterino non vengano osservate nè suturate, dando luogo a cicatrici viziose, ecc. che aumentano il rischio di cancro in maniera rilevante. A chi obiettasse che le donne meridionali non vanno negli ospedali per una diffidenza secolare, atavica, è facile rispondere che questa diffidenza è anche motivata dal fatto che gli ospedali distano spesso decine di chilometri dal posto dove la donna si trova, tanto è vero che in meridione e nelle isole,dove si verifica quasi il 50 per cento del totale dei parti in Italia, c'è soltanto il 15 per cento dei posti-letto ostetrici di tutta Italia; e questi sono inseriti in ospedali che troppo spesso assomigliano piuttosto a lazzaretti.
In tal modo è ancora una volta la parte più disagiata della popolazione che paga maggiormente. A chi, sorpreso da queste affermazioni, pensasse che queste utili informazioni non siano state diffuse dalle autorità competenti perchè recenti e non



sufficientemente confermate, gioverà ricordare quanto segue. Il concetto che il cancro al collo dell'utero è in relazione diretta con le cattive condizioni socio-economiche è talmente "nuovo" che Sinclair studiando il problema nel 1902 (!) ne aveva addirittura riportato l'impressione che fosse un tumore quasi esclusivo delle classi povere. Nei decenni successivi tali evidenze si sono moltiplicate, come pure le ipotesi atte a spiegare il fenomeno ed a guidarne la prevenzione, e basterà scorrere sommariamente la parzialissima bibliografia riportata a fine testo per accorgersi che tale affermazione poggia su basi solidissime.
Quante migliaia di morti doveva ancora fare questo tumore, perchè le autorità sanitarie si decidessero a pubblicizzare quanto si sa in proposito?
Dunque il Ministero della Sanità non parla. E non parlano gli Istituti dei Tumori, dove quello di Milano, l'unico – pare – a funzionare tecnicamente abbastanza bene, è in realtà un gigantesco centro di potere, di clientela e di sottogoverno, gestito dall' On. Bucalossi con criteri definiti feudali nelle pubbliche assemblee dei suoi dipendenti.
Questo istituto è infatti gestito in maniera privatistica senza nessun controllo pubblico, da un Consiglio di Amministrazione eletto dai "benefattori", che comprende Falk, Cassa di Risparmio, alcune grosse famiglie milanesi, ecc. tutti personaggi, comunque, legati al mondo della grande finanza e della industria privata, che hanno trovato così il modo di estendere la loro influenza anche nel settore sanitario e scientifico, nel quale hanno introdotto una logica amministrativa di tipo aziendale, chiusa alle reali esigenze dei lavoratori e alle istanze del territorio.
Questo "Istituto a carattere scientifico" è stato svincolato – grazie a Bucalossi – dal piano Regionale Ospedaliero in cui era stato incluso nella primitiva stesura e addirittura è già a priori indipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, che è ancora lontano dall'essere istituito [11]. Il rapporto dell'Istituto con la popolazione e gli ammalati in particolare è concepito in maniera tale da garantire a chi ne controlla le strutture un potere enorme. Questo perchè ci sono solo tre Istituti dei Tumori in tutta Italia che detengono il monopolio – creato e sapientemente conservato – della diagnosi e cura dei tumori. Per cui la gente che sospetta di avere un tumore – disperata, anche qui in gran parte a causa di una propaganda che ha fatto credere che il tumore sia un male fatale e misterioso, il cui nome è sinonimo di condanna, al punto che si ha paura a pronunciarlo – si aggrappa a tutto, anche a quel filo di speranza che l'Istituto di Milano, il più quotato, sembra poterle dare. C'è gente che dal Meridione sale a Milano con i parenti e fa la coda pronta a fare di tutto pur di avere un posto-letto nell'Istituto che pensa possa dargli l'unica speranza. E' chiaro che chi si trova in queste condizioni è potenzialmente molto più esposto a pressioni psicologiche o di qualunque altro genere.
Certo, se dall'Istituto dei Tumori si fosse levata una forte ed autorevole denuncia delle cause sociali di questo, come di gran parte degli altri tumori, difficilmente il suo direttore + e oggi Onorevole – Bucalossi sarebbe stato chiamato al governo, al fianco del partito che è il primo responsabile delle condizioni di miseria e sottosviluppo sopra denunciate.
La Lega per la lotta contro i tumori non offre certo prospettive migliori, anche se sarebbe sbagliato non utilizzare tutto quanto di buono possa offrire. Una breve analisi della sua storia e delle finalità è illuminante.
Sorta nel 1927 – in pieno regime fascista – per statuto *non* deve occuparsi di prevenzione del cancro, in quanto "ha per scopo di: a) promuovere e favorire studi e ricerche e svolgere propaganda *ai fini della diagnosi e della cura dei tumori;*
b) promuovere la costituzione di "centri per la diagnosi e per la cura dei tumori";
c) "provvedere all'assistenza ed alla cura..."
Lo Stato che tanto poco se ne occuperebbe, secondo le lamentazioni del suo capo ufficio stampa, tutte tese ad ottenere nuovi finanziamenti, in realtà la controlla strettamente: infatti i membri del Consiglio Direttivo Centrale della Lega sono nominati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero dell'Interno, Ministero del Lavoro, C.N.R., Federazione degli Ordini dei Medici, ...(pag. 5 Statuto) e Bucalossi ne è presidente.
L'attività della Lega si svolge essenzialmente lungo 3 direttrici:
1) campagna promozionale ed esecuzione pratica di "screenings" di massa, soprattutto tramite il Pap-test. Anzitutto è discutibile l'applicazione di esami a tappeto, indiscriminatamente e non "mirati", cioè diversificati a seconda dei gruppi di

NOTE

11. Vale però la pena di ricordare che i lavoratori e le loro organizzazioni non assistono inerti a tutto ciò, e da tempo è in corso una vasta mobilitazione dentro e fuori l'Istituto per promuovere anzitutto la democratizzazione della sua gestione, con apertura del Consiglio di Amministrazione a tutte le forze sociali attive, alle organizzazioni dei lavoratori tanto esterne che interne all'Istituto; in un secondo tempo per inserire organicamente gli Istituti clinici a carattere scientifico nella Riforma Sanitaria. Nell'attuale progetto governativo di Riforma si prevede infatti di affrontare il problema di tali Istituti "dopo" e non insieme al complesso dei problemi sanitari: con ciò si perderebbe quest'altra decisiva occasione per realizzare il coordinamento – di cui oggi si lamenta la mancanza - dell'attività clinico-scientifica degli Istituti con il resto delle strutture sanitarie, ospedaliere ed universitarie.



popolazione a differente rischio (assurdo ad es. applicare sistematicamente il Pap-test a donne che non abbiano mai avuto rapporti sessuali!); aspetto, questo, di non poca rilevanza sociale, visto che il Pap-test non si fa gratis, ma viene pagato con i soldi del Ministero della Sanità, degli Enti Locali ecc., con quegli stessi soldi che mancano sempre quando si tratta di investirli in asili nido, scuole, servizi di medicina preventiva, ecc.[12]

NOTE

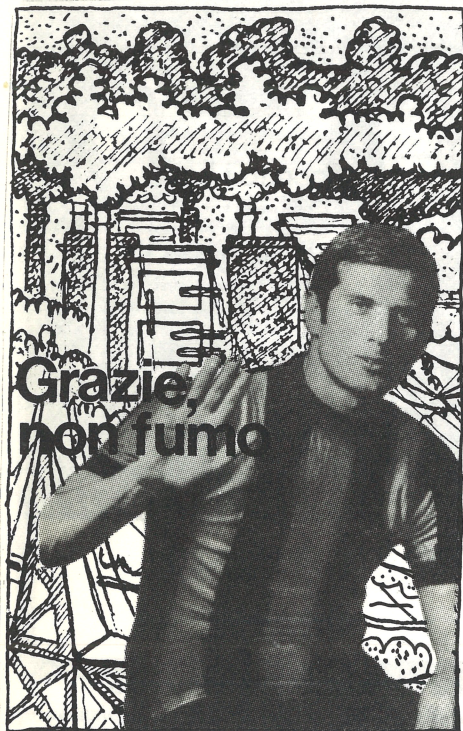
12. Un piano di effettuazione mirata del Pap-test dovrebbe tener presenti i punti di riferimento che seguono:
1) Niente Pap-test alle donne vergini, salvo indicazione specificamente posta all'interno della visita ginecologica, a cui dovrebbero comunque sottoporsi con una certa frequenza, come tutte le altre donne. E' ovvio come la realizzazione di questo punto richieda un minimo di educazione sanitaria per ottenere la collaborazione attiva delle interessate. A chi obiettasse che le vergini sono esposte quanto e forse più delle altre donne al rischio di cancro del corpo dell'utero, è facile rispondere che questo tumore — che riconosce fattori di rischio ben diversi e talora addirittura opposti a quelli del



Inoltre il Pap-test che non evita il tumore ma che semplicemente continua a rincorrere la malattia che già c'è, restituendo quindi le donne alle stesse condizioni di vita che la riproducono, si é abusivamente fregiato del titolo di "medicina preventiva", quando solo di diagnosi precoce si tratta, contribuendo vistosamente a confondere le idee alla popolazione riguardo a questo scottante problema.
Infine la grande campagna pubblicitaria a favore del Pap-test come "unico modo per stare tranquille" ha abilmente condizionato una grandissima "domanda" da parte dell'opinione pubblica e una pressione di massa che l'Istituto dei Tumori di Milano non è più in grado di smaltire con le attuali strutture.
Non è difficile immaginare dove questa situazione stia andando a parare: nuove forti richieste di finanziamenti pubblici — giustificati dalla insostenibile e "obiettiva" richiesta di massa — per un feudo privato che li investirà al solito modo, senza nulla fare per rispondere a ciò che più interessa, cioè la prevenzione, nè in termini di ricerca, nè di socializzazione delle conoscenze che già si hanno.

NOTE

collo dell'utero — anzitutto colpisce le donne anziane, sopra i 50 anni, e quindi sarebbe spreco assurdo sottoporre a screening donne di età molto più giovane; in secondo luogo non conosce alcun vantaggio apprezzabile dall'uso del Pap-test ai fini della diagnosi precoce, che può essere più utilmente affidata a una buona educazione sanitaria (ricorrere al ginecologo al primo segno di perdita sanguigna anormale, vale a dire intermestruale, o più probabilmente — data l'età delle pazienti — dopo la menopausa).
2) Non continuare a "controllare" con Pap-test ripetuti un ectropion diagnosticato e le sue successive evoluzioni: la maggior parte di queste pazienti non è di controlli



2) Per quanto riguarda la campagna antifumo della Lega, anche questa iniziativa, in sè meritoria, è fortemente mistificante perchè parzialissima, accentuando fra le molte cause sociali di cancro già note quella che apparentemente è più "neutrale", e tesa implicitamente a mostrare come responsabili dei tumori siamo un po' tutti.

3) L'attività assistenziale della Lega ricalca poi il filone "caritativo" delle attività parrocchiali tipo San Vincenzo, a partire dal reperimento dei fondi con pesche e serate benefiche al teatro San Babila, i giovani di "Viva la gente", fiere gastronomiche al "Negozio Ignis, sempre generosamente concesso dall'ing. Borghi", dove fra le ditte benemerite fornitrici ne figurano non poche note per il poco rispetto portato alla salute dei propri lavoratori, nonchè dei consumatori tutti. Questa attività – a parte il taglio qualificante – risulta alquanto deprimente se si considera che la Lega non è l'ultimo degli organismi parrocchiali, ma è direttamente manovrata dal governo dello Stato Italiano.

Dato che un'analisi anche sommaria è già sufficiente a togliere qualsiasi velleità di trasformare dall'interno la Lega come tale, acquista per il momento rilievo l'iniziativa dei lavoratori dell'Azienda Elettrica Municipale, che pur non rifiutando nulla di quanto di positivo la Lega possa offrire, ritengono però inaccettabile delegare ad essa la gestione della lotta contro i tumori. Pertanto hanno costituito un "Comitato per la prevenzione dei tumori", a cui aderiscono lavoratori e medici democratici, con la prospettiva di svolgere un'incisiva attività non solo a livello aziendale, ma sul territorio.

Nella stessa direzione, ma ad un livello superiore, va la proposta del Consiglio di Fabbrica dell' A.E.M. al Consiglio dei Delegati dell'Istituto dei Tumori di Milano per la costituzione di un Comitato Popolare di Controllo, di cui riportiamo in appendice il testo integrale.

NOTE

ravvicinati che ha bisogno, ma di un intervento risolutore come la diatermocoagulazione, o comunque di una cura appropriata. Altrimenti si finisce con lo spendere molto di più e non si evita a molte pazienti il trauma fisico e psichico di un intervento chirurgico su un tumore che si sarebbe potuto prevenire anzichè rincorrere.

3) Indirizzare maggiormente gli sforzi verso i gruppi di popolazione "ad alto rischio", intesi soprattutto come la parte più povera e disagiata della popolazione, i quartieri popolari, le aree de forte immigrazione, ecc. Si potrebbe arrivare a formulare

NOTE

in base alle attuali conoscenze un questionario compilabile dalle stesse interessate con un punteggio di rischio (tenuto conto ad es. del numero dei figli e dell'età della prima gravidanza, della presenza di una sintomatologia specifica genitale, dello stato dei servizi igienici domiciliari, delle abitudini sessuali, ecc.), con il duplice scopo di selezionare le persone più bisognose di controlli e di responsabilizzare ed educare la popolazione interessata.

Se effettuata con i criteri sopra elencati, l'estensione del Pap-test alla popolazione diventa indubbiamente utile e raccomandabile, e anche economicamente vantaggiosa per la società nel suo complesso. Si è infatti calcolato negli U.S.A. che il costo del trattamento di un cancro in situ (cioè limitato all'epitelio, che è lo strato più superficiale delle cellule che tappezzano un organo) è di soli 50 dollari. Se la diagnosi viene posta quando il cancro è già infiltrante al primo stadio il costo sale a 300 dollari. Se la diagnosi è tardiva e ci si trova di fronte ad un cancro al terzo o quarto stadio il trattamento ed i ricoveri ospedalieri vengono a costare in media 12.000 dollari e – ciò che è peggio – la sorte della paziente è comunque segnata.

BIBLIOGRAFIA

Per portare a termine questo lavoro sono state consultate le seguenti opere:

1. ABOU-DAOUD K.T.: Epidemiology of Carcinoma of the Cervix Uteri in Lebanese Christians and Moslems. Cancer, 20: 1706, 1967.

2. Abstracts XI International Cancer Congress. Florence, 1974.

3. ADAM E., SHARMA S.D., ZEIGLER O., IWAMOTO K., MELNICK J.L., LEVY A.H., RAWLS W.E.: Seroepidemiologic Studies of Herpesvirus type 2 and Carcinoma of the Cervix. Uganda. J. Nat. Cancer Inst., 48: 65-72, 1972.

4. ALBUJAR P.F.: Frecuencia relativa de neoplasias malignas en Trujillo. Acta Cancerol., 9: 55-64, 1970.

5. Annuario di Statistica Sanitaria, 1971.

6. Bollettino mensile di Statistica ISTAT, 1973.

7. BUCALOSSI P., VERONESI U.,: Oncologia clinica. Ed. Ambrosiana. Cap. 22 (Veronesi U., Gennari L., Preda F.), 23 (Stefanini P., Gentileschi E.), 24 (Margottini M.); 1972.

8. CARSTENS H.B., CLEMMENSEN J.: Genital - tract Cancer in Danish Adolescents. New Eng. J. Med. 287: 198, 1972.

9. CHECCACCI L.: Tumori maligni. Igiene e Medicina Preventiva. Ed. Ambrosiana, 406-435, 1973.

10. CHIRICUTA' I., MUNTEANU S., RISCA M., SIMU G.: Cancerul Colului Uterin. 15-35, 1972.

11. CLEMMESEN J., NIELSEN A.: The social distribution of cancer in Copenhagen 1943 to 1947. Brit. J. Cancer 5: 159- 171, 1951.

12. COHART E. M. : Socioeconomic Distribution of Cancer of the Female Sex Organs in New Haven. Cancer 8: 34-41, 1955.

13. CONNON A.F.: Cancer detection survey gynaecological and epidemiological data Med. J. Australia, I: 738-741, 1972.

14. DE PALO G.: Diagnosi precoce dei tumori dell'utero e della mammella. Etas Libri, 1974.

15. DELLE PIANE G., MAURIZIO E., TESAURO G.: Trattato italiano di ginecologia. Ist. Geografico De Agostini, Novara. Ed. PEM, Roma.

16. DOLL R.: Le basi epidemiologiche della prevenzione del cancro. Centro G. Zambon dell'Università di Milano, 1967.

17. DORN H. F., CUTLER S. J.: Morbidity from cancer in the United States. PHS publications No. 590 (Public Health Monogr. No. 56) US Govt. Print. Office, Washington, D. C., 1959.

18. GRAHAM S., LEVIN M., LILIENFELD A. M.: The socioeconomic distribution of cancer of various sites in Buffalo, N. Y., 1948-52. Cancer 13: 180-191, 1960.

19. Great Britain Registrar General: Decennial Supplement, England and Wales, 1951. I. Occupational Mortality. London His Majesty's Stat. off., 1954.

20. HARINGTON e coll.: Dimethylnitrosamine in the human vaginal vault. Nature 241, 49; 1973.

21. HARRIS R. J. C. : il cancro è un prodotto dell'ambiente? Documenta Geigy, 16-23, 1971.

22. HIGGINS I. T. T. : Recent mortality from cancer of the cervix in the United States and United Kingdom. Lancet I: 1141-1143, 1971.

23. I problemi del servizio sociale. Ed. Istituto poligrafico dello Stato, 1955.

24. JONES E. G., MAC DONALD I, BRESLOW L.: A study of epidemiologic factors in carcinoma of the uterine cervix. Amer. J. Obstet. Gynec. 73: 1-10, 1958.

25. JORDAN S. W., SOPHER R.L., KEY C. R., BRYLINSKY D., HUANG J.: Carcinoma of the cervix in Southwestern American Indian women. Cancer 29: 1235-1241, 1972.

26. KIRTANE J.S., SAYED B.A., VAISHNAV V. P.: Pattern of malignancy in a place in Western India. Brit. J. Cancer, 24, 670-672, 1970.

27. KITAGAWA E. M., HAUSER P.M.: Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology. American Public Health Association Harvard University Press, 1973.

28. Lega Italiana per la lotta contro i tumori: tutte le pubblicazioni (bollettini annuali e opuscoli di propaganda) disponibili presso la sede milanese, Via Venezian, 1.

29. LINDEN G., HENDERSON B.E.: Genital-tract cancers in adolescent and young adult. New Eng. J. Med., 286: 760-761, 1972.

30. LUNDIN F.E., CHRISTOPHERSON W.N., MENDEZ W. M., PARKER J. E.: Morbidity from cervical cancer: effects of cervical cytology and socioeconomic status. J. Natl. Cancer, Inst. 35: 1015-1025, 1965.

31. LUNDIN F. E., ERICHSON C. C., SPRUNT D. H.: Socioeconomic distribution of cervical cancer. Public Health Monograph No. 73, U. S. Public Health Service Publication No. 1209 U. S. Government Printing Office, 1965.

32. MACCACARO G. A.: Problemi di Medicina Preventiva: Applicazioni biomediche del calcolo elettronico. N. 1 gennaio-febbraio-marzo 1971.

33. MACCACARO G. A.: Atti dei Congressi della Società Italiana di Cancerologia. 197-200, 1970.

34. MONTI A.: Virus Erpetico - 2, causa del cancro cervicale? Min. Med. 64: 1733-1735, 1973.

35. RAWLS W. E., ADAM E., MELNICK J. L.: An analysis of seroepidemiological studies of herpesvirus type 2 and carcinoma of the cervix. Cancer Res. 33: 1477-1482, 1973.

36. REMOTTI: La patologia cervicale in rapporto con la diagnosi e la prevenzione del carcinoma. Ed. Byk Gulden Italia S.p.a.

37. SABIN A. B., TARRO G.: Herpes simplex and Herpes genitalis viruses in aetiology of some human cancers. Proc. Nat. Acad. Sci., 70: 3225-3229, 1973.

38. SEPPILLI A.: Contro il cancro del collo dell'utero. Questa lotta si combatte anzitutto con la pulizia. Il Giorno 1 ottobre 1970.

39. SINCLAIR W. J. : Cancer in women, chiefly in its clinical aspects. Brit. Med, J. 2: 321-327, 1902.

40. STERN E., NEELLY P.M.: Displasia of the uterine cervix. Acta Unio. Inte contra Cancrum, 14, 453, 1958.

41. STOCKS P.: Cancer of the uterine cervix and social conditions. Brit. J. Cancer 9: 487-494, 1955.

42. U.I.C.C. (International Union Against Cancer): Clinical Oncology. Springer Verlag Berlin - Heidelberg - New York, 1973.

ALL'ASSEMBLEA DEI LAVORATORI
DELL'ISTITUTO DEI TUMORI

Proponiamo la costituzione di un Comitato Popolare di Controllo *sull'Istituto dei Tumori, come struttura aperta in cui confluiscano attivisti sindacali, delegati di fabbriche e membri dei CUZ o di organizzazioni di quartiere e naturalmente dei degenti, che siano interessati alla conduzione democratica dell'Istituto dei Tumori, ad un suo inserimento nei problemi sanitari del territorio e del paese, ad un indirizzo della ricerca rispondente ai reali interessi della popolazione (studi sulle cause ambientali dei tumori, sulla loro distribuzione per classi sociali e gruppi di popolazione, sulla diagnosi precoce), ad una migliore assistenza e cura dei tumori.*
Questo organismo, agendo in stretto rapporto con il Consiglio dei Delegati dello Istituto dei Tumori, dovrà chiedere conto al Consiglio di Amministrazione - a nome degli utenti del servizio sanitario - dell'attuale conduzione dell'Istituto e farsi portavoce delle istanze della popolazione, aprendo, se sarà il caso, delle vertenze di fabbrica e di zona con tale Ente.
Il Consiglio dei Delegati dell'AEM di Milano dà fin d'ora la sua disponibilità a partecipare a tale organismo.
Proponiamo inoltre di stabilire un rapporto ufficiale con gli studenti di medicina e di richiedere - di comune accordo con le organizzazioni studentesche - al Consiglio di Facoltà di medicina l'istituzione di un corso di oncologia per gli studenti di medicina, inserito nel piano di studi.
Tale corso dovrà avere carattere seminariale, non essere cioè monopolio di qualche docente di ruolo, ma aperto ai contributi attivi di tutti coloro (lavoratori inclusi) che abbiano ricerche o esperienze da portare.
I contenuti di questo corso dovranno esclusivamente vertere su:
1. Eziologia dei tumori (cause riconosciute ed ipotesi sufficientemente fondate)
2. Epidemiologia
3. Diagnosi precoce (sia strumentale che clinica)
Il corso dovrà essere punto di partenza e di riferimento per gruppi di studio, su argomenti da concordare opportunamente con il Comitato Popolare di Controllo, che sviluppino una ricerca basata su interessi popolari e condotta utilizzando a fondo il patrimonio di forze disponibili (ricercatori democratici, studenti di medicina , gruppi omogenei di lavoratori).

INIZIATIVE DI MEDICINA PREVENTIVA
DELLA CASSA MUTUA A.E.M.

CONSIGLIO DI FABBRICA
UNITARIO

Stampato presso la Coop. CGS r.l.
via carlo torre, 29 - milano - tel. 82.94.142

1976